

～群馬県以外の医療機関等をご利用になる方へ～

妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・

1 か月児健康診査費用助成のお知らせ

群馬県以外の医療機関等で妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査を受ける場合、実際に支払った費用の一部を申請により助成します。

助成の流れ

県外の医療機関等で健診・検査を実施

★医療機関等で母子健康手帳と受診票に健診結果を記入してもらいます。

★医療機関等にて支払い後、前橋市へ助成金交付の申請となります。

↓
領収書、受診票は大切に保管しておいてください。

妊婦健康診査は最終の妊婦健康診査後6か月以内、産婦健康診査及び新生児聴覚検査、1か月児健康診査は産後(生後)6か月以内に助成金申請をしてください。

↓

約1～2か月後に助成金が指定口座に振り込まれますので、通帳を記帳してご確認ください。

申請・請求に必要な書類等

(1)助成金交付申請書兼実績報告書

(2)申請をする健診・検査の受診票(医療機関記入欄が記入済みのもの)

(3)領収書・診療明細書の原本(医療機関名・医療機関の住所・代表者名の押印のあるもの)

・レシート不可。

・領収書に該当する健診・検査の費用が記載されていない場合には、医療機関等で記入してもらってください。(例:「新生児聴覚検査費用として〇,〇〇〇円」)

※領収書の原本を返却希望の方は、併せて必ずコピーをお持ちください。

(4)母子健康手帳の該当ページのコピー

[妊婦健康診査] 「妊娠中の経過」のページ

[産婦健康診査] 「出産後の母体の経過」のページ

[新生児聴覚検査] 「検査の記録」のページ

[1か月児健康診査] 「1か月児健康診査」のページ

(5)助成金交付請求書

(6)申請者名義の金融機関の口座番号がわかるもの(金融機関の通帳など)

※原則、受診票に記載されている人が申請者になります。

※通帳がある場合は通帳の表紙裏のコピーもお持ちください

※申請者と口座名義人が異なる場合には委任状が必要になります。

※郵送による申請をご希望の場合は、こども支援課に連絡してください。



【問い合わせ先】

〒371-0014 前橋市朝日町三丁目 36 番 17 号

前橋市こども支援課 電話:027-212-8337

※裏面もご覧ください

助成金額

助成金額は、自己負担をした費用の全額ではなく、下記の金額と自己負担をした額を比較して、少ない方の金額となります。助成金額を超えた費用については、自己負担となります。なお、産婦健康診査は、受診票の内容の記載がない場合、助成の対象外となることがあります。

(受診票の内容： 1 健康状態 2 前橋市への連絡の必要性、エジンバラ産後うつ病質問票)

※追加の検査や健康保険による診察料等は本助成事業の対象外となりますのでご注意ください。

妊婦健康診査	受診票の色	上限額
第 1 回（前期健診）	水色	20,740 円
第 2 回（超音波併用）	青色	4,780 円
第 3 回（超音波併用）	黄色	6,330 円
第 4・5 回（基本的健康診査）	ピンク色	3,980 円
第 6 回（中・後期健診）	藤色	7,980 円
第 7・10・11・13・14 回（基本的健康診査（2））	だいたい色	4,980 円
第 8 回（中・後期健診）	オレンジ色	8,030 円
第 9 回（中・後期健診）	薄黄色	8,170 円
第 12 回（中・後期健診（2））	もえぎ色	10,030 円
多胎妊婦 追加 1～5 回	白色	5,000 円
産婦健康診査（2 週間・1 か月健診用）	白色（A4 サイズ）	5,000 円
新生児聴覚検査	白色	3,000 円
1 か月児健康診査	水色	6,000 円

※令和7年4月1日に妊婦健康診査(第1・8・12回)、1か月児健康診査の上限額を改正

《受診券の記入について》

点線の枠内を記入してもらってください。

[illegible]

R3.

[新生児聴覚検査]

前橋市

新生児聴覚検査受診票 (出生～生後2か月)			
発行番号	No.	年 月 日発行	
妊婦氏名		年 月 日生(歳)	
住所			
妊婦検出 年月日	年 月 日	分娩予定 年月日	年 月 日

【医療機関記入欄】

療養に当たって、3,000円に満たない場合はその額を補助するものとする。資料書ではあり得ません。

年月日	多能の場合	入目
不慮者 の死亡		
転院時	年 月 日	
療養費	自動車 AGR - OAE	
療養給付	【右：バス・再療養】 【左：バス・再療養】	
療養給付	年 月 日	
療養費	自動車 AGR OAE	
療養給付	【右：バス・再療養】 【左：バス・再療養】	
不慮者 の死亡		
療養費		
療養給付		

※この欄を記入するに当たっては、資料書第6頁の1の欄を参照する。

4. 療養費と療養給付を併用し、必要に応じて支援を受ける。

[産婦健診]				
産婦健康診査		整理番号	前橋市	
産婦健康診査受診票１（産後約２週間）			発行番号	
産婦氏名	昭和 平成		年	月 日生（歳）
住 所				
電話番号	どちらかに○		１．初産 ２．経産	
出産日	令和	年	月 日	退院日 令和 年 月 日

※分娩中は産婦ご本人が記入ください。表面もご記入ください。
 ※この券は産婦に要した費用の一部（上限4,900円）を補助するものもあり、無料券ではありません。保険診療は助産の対象外になります。

1 健康状態

子宮位置 乳房の状態	1 良	・	2 否	悪露	1 正	・	2 否
産褥の状態	1 良	・	2 否				

蛋白：－ (1) 土(1) 土(2) 土(3) 土(4) 尿糖：－ (1) 土(4) 土(2) 土(1) 土(1)

血圧 () mmHg 体重 () kg

EPDS (産前) または、産後の精神状況に応じて、ワールを用いた客観的なアセスメントを行う

産後うつ

1 EPDS 点 2 EPDS 以外 (7-8 の名称：)

1 異常なし 2 その他 ()

※EPDS 9 点以上、もしくは医師・助産師の判断により産後うつかの疑いがある場合は、速やかに前都市へ電話連絡願います。

結果

1 異常なし 2 要指導 3 要経過観察 4 要精密検査 5 要治療

※結果により支援が必要な場合は医療機関から前都市、前都市から受胎者に連絡をすることとなります。

2 前都市への連絡の必要性 (連絡先 027-212-8337)

1 なし 2 あり (月 日に、下記のとおり連絡済み)

生活環境、授乳状況、
育児不安、その他
市町村への連絡事項

健診年月日

医療機関、助産所

担当医師氏名または助産師名

[1 か月児健康診査]			
発症番号		前橋市	
1 か月児健康診査受診票（生後27日以降～6週未満）			
主治医師 氏名	年 月 日 生		
診療責任者 氏名	電話番号		
住 所	医療機関をとおして輸入（記入必須）		

次の事項と中と裏面照影写真を記入し、母子健康手帳と一緒に医療機関に提出してください。

※この書は、撮影に要した費用の一部（上表6,000円）を補助するものであり、無料券ではありません。
 ※この書は本人または保護者でできます。
 ※この書は必ずお持ちください。紛失や破損等、取替えが必要な時にお買い換えをおこなってください。

1 健康診断結果

健康診断の結果は必ず正確な値にも記入してください。※記入しないといけない項目はありません

体重 (増量) g(㎏)	身長 cm	頭圍 cm	栄養状態 1 良 2 要治療	血液検査 1 正常 2 異常
新生児健康観察	1 實行済み 2 未進行済み			乳汁を母乳と乳膏の割合に○を付けてください。 乳汁の割合は母乳は薄薄いだけ○を付けてください。（いずれかに○を付けてください。）
先天代謝異常等検査	1 實行済み 2 未進行済み			
ビタミンD不足の検査	1 實行済み 2 未進行済み			
聴覚検査	1 なし 2 あり			異常ありの場合は、内容を記入してください。
（注）検査の種類は、行動検査、運動検査、視覚検査、聴覚検査、 言語検査、歯科検査、眼科検査、呼吸器科検査、 泌尿器科検査などになりますので、その結果を記入してください。				
判定	1 真実なし 2 既読済 3 要経過観察 4 要紹介（要精密） 5 要紹介（要治療）			

※結果により受診が必要場合は医療機関から依頼書、
 保健所より受診票に連絡することがあります。

★

2 前年度への連絡の必要性

1 なし 2 あり（月 日に、下記のとおりに連絡済み）
生活環境、病状状況、 育児不安、その他 市町村への連絡事項

※「2」に該当する場合は、連絡事項欄への記入とともに、連中や保健所に連絡する必要があります。
 ※「4」「5」が適用される対象児」にて連絡する場合は、連絡事項への記載をお願いします。

保健年月日	
保育医 担当医師	

※文書料の助成はありません。
文書料がかかる場合は事前にご相談ください。

前橋市 こども支援課 電話027-212-8337